

ПОЛИТИКА И ПРОЦЕДУРЫ SFHP

Непрерывность оказания медицинской помощи вновь зарегистрированным участникам и участникам, которым прекращено обслуживание в результате прекращения контрактов с поставщиками услуг

Номер политики и процедур:	PR-19
Отделение:	по работе с поставщиками
Ответственное лицо:	директор по работе с поставщиками
Затронутые направления деятельности и программы страхового покрытия:	☒ Medi-Cal ☒ Medicare Advantage D-SNP ☒ Healthy Workers HMO ☐ Healthy SF ☐ City Option ☐ Все виды деятельности и программы страхового покрытия, перечисленные выше

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОЛИТИКЕ

В целях обеспечения доступности и непрерывности медицинского обслуживания (COC) программа San Francisco Health Plan (SFHP) позволяет вновь зарегистрированным участникам в определенных случаях подать запрос на продолжение лечения у медицинского работника, не входящего в утвержденную сеть поставщиков услуг. Данная политика применяется в случае, если вновь застрахованный участник проходит курс лечения у медицинского работника, не имеющего договора с SFHP, либо если действующий участник получал медицинскую помощь по поводу заболевания, подпадающего под условия программы, у медицинского работника, расторгшего договор с SFHP.

Конечная цель — как можно скорее и с соблюдением всех мер безопасности перевести нового участника к врачу, входящему в его медицинскую группу. Данная политика обеспечивает оптимизацию и координацию медицинского обслуживания участников программы, включая среди прочего все необходимые по медицинским показаниям услуги, предоставляемые как в рамках сети поставщиков SFHP, так и за ее пределами. Настоящая политика распространяется на предоставление медицинских услуг и услуг в области психического здоровья, но не распространяется на медицинское оборудование долговременного использования, транспортные услуги, прочие вспомогательные услуги, а также услуги, не предусмотренные планом страхового покрытия участника.

Для участников программы Care Plus D-SNP программа SFHP соответствует требованиям как Департамента здравоохранения и социального обеспечения (DHCS), так и Департамента по вопросам здравоохранения и медицинского страхования (DMHC) в отношении непрерывности оказания медицинской помощи.

ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ

Новые и действующие участники программы информируются о своем праве на непрерывность медицинского обслуживания посредством документа «Сведения о покрытии / форма раскрытия информации» (EOC/DF). Участникам рекомендуется подавать заявки на продление медицинского обслуживания в службу поддержки клиентов в устной или письменной форме. В письменном запросе должны быть указаны фамилия и имя участника, его идентификационный номер, название медицинского учреждения, а также описание услуг, которые он получает в настоящее время.

Конечной целью программы SFHP является как можно более быстрый и безопасный перевод новых участников в медицинские группы, входящие в сеть, при этом обеспечивается разумный учет потенциального клинического воздействия смены лечащего специалиста на лечение заболевания участника.

- I. Прием запросов на СОС: запросы на СОС поступают в форме телефонных звонков в службу поддержки клиентов или отдел по работе с поставщиками медицинских услуг в виде заявок на предварительное разрешение от поставщиков, не входящих в сеть, или в виде отклоненных запросов на исключение по медицинским причинам (MER).

Служба поддержки клиентов перенаправляет запросы СОС, поступившие от участников, закрепленных за одной из назначенных медицинских групп SFHP, которым делегированы полномочия по управлению использованием медицинских услуг, в соответствующую медицинскую группу для обработки.

Заявки MER от поставщиков, не участвующих в программе, обрабатываются как заявки СОС. Дополнительные требования MER изложены в документе PR-22: «Участники, которым было отказано в предоставлении медицинского исключения или исключения в связи с чрезвычайными обстоятельствами».

- II. Рассмотрение заявок СОС: команда SFHP приступает к рассмотрению заявок СОС в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента их получения. Запросы на получение услуги СОС, поданные в ходе телефонного обращения в службу поддержки клиентов, вносятся в систему управления медицинским обслуживанием SFHP для передачи надлежащему отделу. Каждый запрос СОС обрабатывается в следующие сроки:

A. 30 календарных дней с даты получения запроса командой SFHP;

- В. 15 календарных дней, если состояние здоровья получателя помощи требует более оперативного обслуживания, например в связи с предстоящими приемами у врача или другими неотложными медицинскими потребностями;
- С. 3 (три) календарных дня, если существует риск причинения вреда получателю помощи.

При поступлении запросов по программе СОС по телефону отдел по работе с сетью поставщиков медицинских услуг (PNO) связывается с поставщиком, не входящим в сеть, и уточняет его готовность продолжить оказание медицинской помощи участнику программы. Если поставщик, не входящий в сеть, готов продолжать оказывать медицинские услуги участнику программы, PNO оказывает ему помощь в подаче заявки на предварительное разрешение в отдел клинических операций.

III. Вновь зарегистрированные участники программы Medi-Cal, переходящие из других программ Medi-Cal (DHCS СОС): участники, которым присвоен код помощи, обязывающий их перейти в систему управляемого медицинского обслуживания, имеют право продолжать лечение у поставщика медицинских услуг, не входящего в сеть, в течение максимум 12 месяцев после включения в систему управляемого медицинского обслуживания, если соблюдены все следующие условия.

- А. У участника уже установлены отношения с поставщиком медицинских услуг, не входящим в сеть, либо запланирован прием у такого поставщика.
«Существующие отношения» означают, что участник программы по крайней мере один раз обращался к данному поставщику медицинских услуг по вопросу планового осмотра в течение 12 месяцев, предшествовавших регистрации в программе управляемого медицинского обслуживания.
- В. Поставщик готов согласиться на оплату по более высоким ставкам, по стандартным договорным ставкам SFHP либо по ставкам Medi-Cal FFS в зависимости от того, какие из них выше.
- С. У поставщика услуг нет проблем с качеством медицинской помощи, которые могли бы стать основанием для лишения права на оказание услуг.
- Д. Поставщик услуг зарегистрирован в программе Medi-Cal.
- Е. Поставщик обязуется предоставлять SFHP всю необходимую информацию о лечении.

Об одобрении запросов СОС отдел клинических операций уведомляет участников за 30 календарных дней до окончания периода СОС о процедуре, которая будет осуществляться в целях перевода их медицинского обслуживания по окончании периода СОС.

Запрос СОС данного типа считается завершенным или закрытым при наступлении любого из следующих событий.

- А. Вышеуказанные условия выполнены, и участнику сообщено о его праве на дальнейший доступ.

- B. SFHP и поставщик, не участвующий в программе, не могут прийти к соглашению о тарифе.
- C. SFHP зафиксировала проблемы с качеством медицинской помощи, являющиеся основанием для лишения права на участие в программе.
- D. SFHP предпринимает добросовестные попытки связаться с поставщиком, не участвующим в программе, и в течение 30 календарных дней не получает от него ответа.

IV. Участники с заболеваниями, дающими право на страховое покрытие (DMHC SOC): вновь зарегистрированный участник программы Medi-Cal или Healthy Workers НМО, а также любой действующий участник этих программ, получающий услуги от поставщика, с которым расторгается договор, может подать заявку на продолжение получения покрываемых услуг, если на момент регистрации участника в программе SFHP или на момент расторжения договора с поставщиком участник получал услуги от данного поставщика в связи с одним из указанных заболеваний.

- A. Острое состояние: услуги предоставляются на весь период острого состояния.
- B. Серьезное хроническое заболевание: услуги, входящие в программу страхования, предоставляются в течение периода времени, необходимого для завершения курса лечения и организации безопасной передачи пациента другому поставщику медицинских услуг в соответствии с надлежащей профессиональной практикой, как это определено SFHP по согласованию с участником программы и поставщиком медицинских услуг, не входящим в сеть. Услуги, входящие в программу страхования, не предоставляются по истечении 12 месяцев с даты вступления в силу договора страхования или с даты расторжения договора с поставщиком медицинских услуг.
- C. Беременность: услуги предоставляются на протяжении всего срока беременности и в непосредственно послеродовой период продолжительностью 12 месяцев.
- D. Психическое здоровье матери: на срок до 12 месяцев с постановки диагноза или окончания беременности, смотря какой из них наступает позже.
- E. Заболевания на терминальной стадии: услуги предоставляются на протяжении всего периода терминальной стадии заболевания и могут оказываться более 12 месяцев.
- F. Уход за новорожденным в течение первых 36 месяцев, если новорожденный является участником программы: услуги не предоставляются по истечении 12 месяцев с даты вступления участника (новорожденного) в программу или с даты расторжения договора с поставщиком медицинских услуг.
- G. Услуга, входящая в покрытие: ранее одобренная в рамках задокументированного курса лечения и рекомендованная медицинским работником с указанием в документации, что она должна быть оказана в течение 180 дней с даты вступления участника программы в SFHP или в течение 180 дней с даты расторжения договора с медицинским работником.

V. Период СОС: если участник программы имеет право на участие как в программе СОС DHCS, так и в программе СОС DMHC, то периодом СОС считается более длительный из этих двух сроков.

VI. Рассмотрение запросов на предварительное разрешение СОС: сотрудники отдела клинической деятельности рассматривают запросы на предварительное разрешение СОС в соответствии с положениями и порядком действий отдела клинической деятельности и принимают решение с учетом медицинских показаний и возможных клинических последствий прекращения отношений между участником программы и поставщиком медицинских услуг, не входящим в сеть. Для участников программы Medi-Cal услуги, разрешенные другим учреждением Medi-Cal, считаются утвержденными по программе SFHP в течение первых 90 дней с момента получения права на участие в программе SFHP без необходимости подачи нового *запроса* в SFHP. Участник или поставщик услуг должен предоставить отделу клинической деятельности копию разрешения, при этом SFHP вправе по своему усмотрению проверить подлинность данного разрешения. Для продолжения получения услуг по программе СОС по истечении первых 90 дней, в течение которых имеется право на их получение, требуется повторная оценка со стороны SFHP, для запроса которой требуется подача нового *запроса* на разрешение. Отдел клинических операций утверждает только те запросы на продолжение оказания услуг, которые в ином случае относились бы к категории «Услуги, покрываемые страховкой» в соответствии с условиями программы страхового обеспечения участника. Заявки СОС, поданные постфактум в отношении уже оказанных услуг, проверяются отделом клинической деятельности на предмет медицинской необходимости, после чего отдел урегулирования страховых выплат производит соответствующую выплату. Участники получают письменное уведомление о решении SFHP.

VII. Процесс LOA: после получения запроса на предварительное разрешение отдел клинических операций обрабатывает его в соответствии с процедурой, изложенной в документе СО-22, «Запросы на разрешение», с учетом дополнительных требований СОС, описанных ниже. Если у поставщика, не участвующего в программе, нет действующего соглашения с SFHP, отдел клинических операций инициирует процедуру заключения действующего соглашения (LOA). Поставщик медицинских услуг, не являющийся партнером страхового плана, должен:

- A. принять ставки SFHP или Medi-Cal в зависимости от того, какая из них выше, на весь период действия СОС;
- B. не иметь проблем с качеством медицинской помощи в соответствии со стандартной процедурой аттестации SFHP или Medical Group;
- C. либо:
 - 1. В отношении запросов на СОС от DHCS: взять на прием участника программы в период 12 месяцев до его регистрации в программе SFHP.

2. В отношении запросов на СОС от DMHC: на момент прекращения сотрудничества с поставщиком услуг или при включении участника в программу SFHP уже оказывать ему услуги в связи с одним из заболеваний, перечисленных ниже (в разделе 4).

Если выполнены все 3 (три) вышеуказанных условия, отдел договоров может подписать письмо-соглашение (LOA) с поставщиком, не участвующим в программе. Письмо-соглашение (LOA) может не потребоваться, если поставщик, не участвующий в программе, согласится работать по тарифам Medi-Cal.

Если какое-либо из вышеперечисленных условий не выполнено, служба поддержки клиентов помогает участнику программы перевести обслуживание к поставщикам медицинских услуг, входящим в сеть.

К поставщику, не участвующему в программе, применяются те же договорные условия, что и ко всем поставщикам, заключившим договор с SFHP на основе модели, не предусматривающей фиксированной платы за пациента, и предоставляющим аналогичные услуги, включая среди прочего проверку квалификации, право на работу в больнице, мероприятия по повышению качества, экспертную оценку и требования по управлению использованием медицинских услуг. Решения по управлению использованием фиксируются в письменной форме или в специально разработанной онлайн-системе отслеживания и хранятся в безопасном месте. Заявки на оказание услуг контролируются в соответствии с требованиями Департамента медицинских услуг (DHCS), Департамента управляемого медицинского обслуживания (DMHC) и Национального комитета по обеспечению качества (NCQA), а также в соответствии с процедурой клинической деятельности SFHP — CO-22. Если поставщик, не входящий в сеть, отказывается соблюдать или не соблюдает настоящие договорные условия, программа SFHP не допускает дальнейшего оказания им услуг.

В договорах неучаствующий поставщик услуг заранее, до начала оказания услуг, в письменной форме соглашается с порядком оплаты за дальнейшее оказание услуг. Ставки оплаты аналогичны тем, которые применяет программа SFHP в отношении действующих по договору поставщиков, оказывающих аналогичные услуги и не работающих по системе фиксированной оплаты за пациента. Если SFHP и поставщик услуг не могут прийти к соглашению об условиях оплаты, SFHP не разрешает продолжения оказания услуг данным поставщиком.

VIII. Доля участия участника в расходах: размер и обязательность уплаты доплат, франшиз или других компонентов доли участия в расходах в период оказания покрываемых услуг поставщиком, не входящим в программу, соответствуют суммам, которые участник должен был бы уплатить при получении медицинской помощи от поставщика, входящего в программу SFHP.

IX. Стандарты качества СОС: см. политику и процедуру «Pharm-02: предварительное разрешение на получение фармацевтических услуг» для СОС, касающихся фармацевтических льгот.

НАБЛЮДЕНИЕ

Один раз в месяц отдел клинических операций формирует отчет («Отчет о переходе по программе СОС») об участниках программы Medi-Cal, получающих услуги по программе СОС, срок программы СОС для которых подходит к концу. Отдел клинической деятельности направляет этим участникам письмо, чтобы помочь им перейти на обслуживание в рамках сети.

Один раз в месяц отдел договоров формирует отчет («Отчет о контроле за поставщиками СОС») по всем участникам, которые обращались в службу поддержки клиентов с запросом на получение услуг СОС, чтобы убедиться, что поставщик, не участвующий в программе, подал заявку на получение разрешения на оказание запрошенных услуг. Отдел договоров связывается с теми поставщиками, которые не участвуют в программе и еще не подали заявку на предварительное разрешение на оказание услуг, запрошенных участником программы.

Политики медицинских групп, уполномоченных осуществлять управление использованием медицинских услуг, проверяются в ходе ежегодных аудитов, проводимых группами по клиническим операциям и надзору за делегированием полномочий. В случае несоблюдения требований медицинской группой группа по надзору за делегацией или уполномоченное ею лицо в письменной форме уведомляет медицинскую группу о необходимости принятия корректирующих мер в соответствии с процедурой, изложенной в документе PR-20, «Реализация планов корректирующих мер».

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Острое состояние — медицинское состояние, которое сопровождается внезапным проявлением симптомов, вызванных заболеванием, травмой или другой медицинской проблемой, которое требует оперативной медицинской помощи и продолжается ограниченный период времени.

Уход за новорожденным ребенком — с рождения до возраста в 36 месяцев.

Делегированная медицинская группа — медицинская группа, заключившая договор и действующая от имени программы SFHP. Медицинская группа

уполномочена выполнять функции, которые в ином случае выполняла бы организация SFHP. Данные полномочия включают право принимать решения о том, что и как делать, в рамках параметров, согласованных между SFHP и медицинской группой.

Письмо-соглашение (LOA) — документ, имеющий юридическую силу и используемый для определения условий соглашения об оказании услуг между двумя сторонами.

Психическое расстройство у матери — психическое расстройство, которое может влиять на состояние женщины во время беременности, в перинатальный или послеродовой период или возникать во время беременности, в перинатальный или послеродовой период вплоть до одного года после родов.

Поставщик, не участвующий в программе, — поставщик, не имеющий действующего договора с San Francisco Health Plan (SFHP) на оказание услуг в рамках договора участника программы.

Беременность — три триместра беременности и непосредственный послеродовой период.

Поставщик — медицинская группа, клиника или частный врач, которых участники программы могут выбрать самостоятельно или к которым их могут направить для получения услуг первичной медицинской помощи. К сети поставщиков также относится больница, в которой участник программы обязан получать стационарные медицинские услуги в рамках сетевого соглашения с назначенной или выбранной им медицинской группой, клиникой или частным врачом.

Серьезное хроническое заболевание — медицинское состояние, вызванное заболеванием, болезнью или иной медицинской проблемой либо нарушением здоровья, которое носит серьезный характер и сохраняется без полного излечения, ухудшается в течение длительного периода времени или требует постоянного лечения для поддержания ремиссии или предотвращения ухудшения состояния.

Терминальная стадия заболевания — неизлечимое или необратимое состояние, которое с высокой вероятностью приведет к смерти в течение одного года или менее.

ЗАТРОНУТЫЕ ОТДЕЛЫ/СТОРОНЫ

Соблюдение нормативных требований и регуляторные вопросы
Контроль за деятельностью делегации
Медицинские услуги — клиническая деятельность
Медицинские услуги — улучшение результатов лечения
Операционная деятельность — обслуживание клиентов

СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ПОЛИТИКИ И ПРОЦЕДУРЫ, А ТАКЖЕ ДРУГИЕ СВЯЗАННЫЕ ДОКУМЕНТЫ

1. CO-22: запросы на выдачу разрешений
2. CT-01: соглашения
3. PR-18: расторжение договоров с медицинскими группами или больницами (пакетные переводы)
4. PR-22: отказ в предоставлении медицинского исключения или исключения в связи с чрезвычайными обстоятельствами участникам программы
5. Руководство для поставщиков услуг SFHP

ИСТОРИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

Дата вступления в силу: 12 февраля 2015 г.

Дата(ы) пересмотра:

13 февраля 2019 г.; 22 апреля 2020 г., 19 мая 2022 г.,
15 декабря 2022 г.; 23 января 2025 г.; 21 августа 2025 г.

СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

1. Кодекс по охране здоровья и безопасности, раздел 1373.95, 1373.96
2. Приложение А к договору DHCS/SFHP, приложение III, разделы 4.3 («Управление здоровьем населения и координация медицинской помощи») и 5.2 («Сеть и доступ к медицинской помощи»)
3. Поправка к SPD, апрель 2011 г.
4. DHCS APL 23-022: обеспечение непрерывности медицинского обслуживания для участников программы Medi-Cal, впервые перешедших с модели «оплата за услугу» на модель управляемого медицинского обслуживания в рамках Medi-Cal с 1 января 2023 года или позднее